

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Булавкин В.П., Зеньков А.К.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. В последние десятилетия значительно увеличилось количество больных острым панкреатитом. В 15-20% случаев острый панкреатит носит деструктивный характер. Основными причинами летальных исходов от острого деструктивного панкреатита являются – эндотоксический шок и полиорганная недостаточность (первая неделя заболевания), и гнойное осложнение в виде инфицированного панкреонекроза и сепсиса (2-3 неделя заболевания).

Лечение больных инфицированным панкреонекрозом является наиболее проблемным разделом абдоминальной и гнойной хирургии [1,2]. Этот факт подтверждается высоким показателем летальности (45-85%) при инфицированных формах панкреонекроза [3].

Целью работы является анализ результатов комплексного лечения больных инфицированным панкреонекрозом в хирургической клинике ВОКБ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения 76 больных инфицированным панкреонекрозом в отделении гнойной хирургии ВОКБ с 2003 по 2007 год. Мужчин было 40 (52%), женщин – 36 (48%). Возраст больных колебался от 30 до 76 лет. Длительность заболевания до момента появления признаков гнойных осложнений у 42 больных от 2 до 3 недель, у 34 - свыше 3 недель. Диагноз базировался на основании анализа клинических проявлений заболевания, изучения динамики показателей общего анализа крови, биохимических показателей, данных УЗИ, компьютерной томографии, тонкоигольной пункционной биопсии под контролем УЗИ с микробиологическим исследованием взятого материала. Сепсис с клиникой полиорганной недостаточности был выявлен у 61 (80,2%) больного. Степень тяжести состояния больных инфицированным панкреонекрозом оценивалась по шкале АРАСНЕ-II [3]. Дренирование жидкостных образований под контролем ультразвукового сканирования с целью предоперационной подготовки [5] проводилось у 46 (60,5%) больных.

Результаты и обсуждения. Степень тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ-II у 43 (56,5%) больных оценивалась 8 баллов, у 25 (33%) - 10 баллов, у 8 (10,5%) -13 баллов. Оперированы все 76 больных. Левосторонний центральный тип поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства отмечен у 53 (70%) больных. Все больные этим типом поражения оперированы с использованием левостороннего комбинированного ретроперитонеального доступа с дренированием флегмоны паранкреатической, паракольной и тазовой клетчатки, дренированием салниковой сумки при ее абсцедировании (через лапаротомный доступ). У 23 (30%) больных с правосторонним типом поражения, при поражении головки и тела поджелудочной железы с распространением процесса на правые отделы забрюшинного пространства, наряду с лапаротомией и бурсостомией проводилась правосторонняя лапомотомия. Интенсивная терапия осуществлялась согласно протоколов и методических рекомендаций 2003-2007 года Российской ассоциации специалистов хирургической инфекции (РАСХИ) [2,3].

У 23 (30%) больных с гнойным панкреонекрозом проводилась антибиотикотерапия препаратами цефалоспоринов IV поколения, у 38 (50%) таких больных применяли карбопимемы и у 15 (20%) – фторхинолоны в сочетании с метронидазолом. В процессе проводимой антибиотикотерапии руководствовались результатами микробиологических исследований материала полученного во время пункций, операций и перевязок. Преимущественно выявлялась не ферментирующая грам-отрицательная и грам-положительная микрофлора.

Иммунотерапия больных инфицированным панкреонекрозом проводилась иммуноглобулином для внутривенного введения полиоксидонием, адаптивная терапия с ронколейкином (80%) [4]. В комплексное лечение больных включали плазмаферез и УФО крови. Летальность больных инфицированным панкреонекрозом при использовании комплексного лечения составила - 14 (18,4%). По результатам патологоанатомического вскрытия у всех больных был установлен тотальный или крупноочаговый панкреонекроз с морфологическими признаками тяжелого сепсиса и полиорганной недостаточности. Полученные нами результаты в лечении больных инфицированным панкреонекрозом позволили сделать следующие выводы:

- инфицированный панкреонекроз остается наиболее сложным разделом абдоминальной и гнойной хирургии;
- выбор оперативного вмешательства и хирургических подходов зависит от объема поражений поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки;
- комплексное лечение больных инфицированным панкреонекрозом должно включать рациональную антибиотикотерапию, дезинтоксикационную терапию, адекватную иммунотерапию и общеукрепляющее лечение;
- использование комплексной терапии при лечении больных тяжелой формой инфицированного панкреонекроза позволяет снизить летальность у этой категории больных.

Литература:

1. Ващенко Р В Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. Руководство для врачей/ Р В Ващенко, А.Д.Толстой, А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, В Б. Краснорогов-С - Пб. 2000 - с. 210-220.

2. Острый панкреатит: Руководство для врачей / под ред. Ерюхина И.А., Гельфанда Б.Р., Шляпникова С.А. : Питер – 2003, с. 643-669
3. Сепсис в начале XXI века/ под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда – Москва: «Литера», 2006 - 171 с.
4. Новикова И.А. Современные аспекты иммунодиагностики и иммунокоррекции в гнойной хирургии/ И.А. Новикова, В.П. Булавкин – Витебск. 2001 - с. 105-122.
5. Филимонов М.И., Бурневич С.З., Куликов В.М. и др. Хирургическое лечение распространенного панкреонекроза с позиции особенности его патоморфологии/ М.И. Филимонов, С.З. Бурневич, В.М. Куликов и др. // Анналы хирургии – 2004. - №5 – с. 29-32